

地域医療連携センター FAX 0120-846-489 TEL 0120-364-489

淀川キリスト教病院 検査依頼申込書

貴医療機関名

住 所

T E L / F A X

至急折り返しの連絡要！！

【希望受診日】 なし

第一希望 月 日 () 午前・午後

第二希望 月 日 () 午前・午後

【放射線検査】※印の箇所につきましてもご記入お願いいたします

一般撮影(単純) 撮影部位 []

MRI検査 撮影部位 []

単純 造影 (クリアチン値 mg/dL ・採血日 月 日 検査予定日の3ヶ月以内のデータ)

※ 禁忌体内金属(脳クリップ・ペースメーカー・人工内耳) なし あり

※ その他体内金属(入れ歯等) なし あり () ※ アレルギー なし あり

※ 身長 ()cm ・ 体重 ()kg ※喘息 なし あり

CT検査 撮影部位 []

単純 ※ 胸部撮影の場合は、ペースメーカー なし あり

造影 ※クリアチン値 mg/dL ・採血日 月 日 検査予定日の3ヶ月以内のデータ

※喘息 なし あり ※ビグアナイド系糖尿病薬 なし あり ()

※甲状腺機能亢進症 なし あり その他アレルギー なし あり

骨シンチ ガリウムシンチ 食道造影 食道胃十二指腸造影(GI) 下咽頭食道造影

大腸造影 DIP ※ 骨塩定量測定検査(骨密度測定) の場合は専用申込書へご記入ください

【内視鏡検査】※印の箇所につきましてもご記入お願いいたします

上部消化管内視鏡検査(GF) ※鎮静希望 する (緑内障治療中) しない

※感染症検査 施行済 未 ※抗凝固剤内服 なし あり (薬剤名)

※施行医師希望 なし あり(医師名)

下部消化管内視鏡検査(CF) ※前処置薬 当院で処方 貴医療機関

※大腸ポリープ切除希望(日帰り手術) する しない (日帰り手術には一定の条件を満たす必要があります)

※感染症検査 施行済 未 ※抗凝固剤内服 なし あり (薬剤名)

※施行医師希望 なし あり(医師名)

【生理検査】※印の箇所につきましてもご記入お願いいたします

ホルター心電図 トレッドミル負荷心電図

肺機能検査 ※ 身長 []cm 体重 []kg 心エコー

腹部エコー 脳波 ※ 眠剤使用 なし あり(ありの場合ご連絡させていただきます)

<患者情報>

フリガナ		性別 男・女
氏名	旧姓 ()	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒	TEL

※ 個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

※ 業務時間外の場合、翌日(休日の場合は第一日目の業務日)の返信となります。

※地域医療連携センター業務時間 平日 9:00~20:00 土曜日 9:00~13:00